Lane Medical Library

Aus der Dermatologischen Abteilung des Krankenhauses Schwabing.

Leiter: Privatdozent Dr. Vonkennel.

Gibt es eine Psoriasis der Mundschleimhaut?

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde in der Zahnheilkunde der hohen medizinischen Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Hermann Beck

aus Tiefenstockheim, Ufr.

1936

Pilger-Druckerei G. m. b. H., Speyer a. Rh.

Meinen lieben Eltern

Die Psoriasis, eine der am häufigsten auftretenden Hauterkrankungen, ist in der Mehrzahl der Fälle durch das Vorkommen charakteristischer Primäreffloreszenzen, Entzündungsherden in Gestalt kleiner, rundlicher, flacher Papeln oder Flecken von blassem bis hellrotem Aussehen, die kurze Zeit nach ihrer Entstehung von einer silberglänzenden, perlmutterartigen Schuppe bedeckt sind, ausgezeichnet. Durch Confluenz oder periphere Apposition können sich aus den ursprünglich miliaren Gebilden bis talergroße, scheibenförmige Herde entwickeln. Entzündung und Infiltrat sind dabei gewöhnlich ausgeprägt. Das Hauptmerkmal der Psoriasis — für die Diagnose von größter Bedeutung — ist die Schuppenbildung. Die Psoriasisschuppe zeigt lamellösen Aufbau, zerfällt beim Abkratzen in „Staub wie Wachskerzen". Darunter tritt das sogenannte Psoriasishäutchen, ein feiner, rötlicher, feuchtglänzender Überzug, zutage. Bei Ablösung dieses Hautüberzuges kommt es zu einem für das Krankheitsbild charakteristischen sieb- oder tautropfenartigen Blutaustritt aus den corpora papillaria (Auspitz'sches Phänomen), eine Erscheinung, die keineswegs dem Psoriasisknötchen allein eigen ist.

Was die Lokalisation der Psoriasis anbetrifft, so gibt es an der äußeren Haut keine der Erkrankung gegenüber sich absolut refraktär verhaltende Stelle. Praedilektionsstellen sind vor allem Ellbogen, Knie, Streckseiten der Extremitäten und der behaarte Kopf.

Der Verlauf und die Dauer der Schuppenflechte sind äußerst variabel. Zahl, Größe, Anordnung, Ausdehnung und Schnelligkeit der Entwicklung der Blüten wechseln bei jedem Krankheitsbild. Nur das zirkuläre, schubweise Verhalten ist feststehendes Charakteristikum. In der Regel zieht sich die Erkrankung mit kürzeren oder längeren Unterbrechungen über das ganze Leben hin.

Wie stark die Frage der Ätiologie der Schuppenflechte umstritten ist, ist nur allzu deutlich aus den im Folgenden angeführten Angaben, die die Forschungsergebnisse der jüngsten Zeit wiedergeben, ersichtlich.

Nach Cajkovac beruht die Psoriasis auf parakeratotischer Diathese, d. h. auf angeborener Minderwertigkeit des Ektoderms. Von Parakeratose spricht man in der Dermatologie, wenn in den Schuppen sich noch erhaltene und mit Farbstoff tingierbare Zellen auf-

finden lassen, wobei auch die Stachelzellenschicht ödematös durchtränkt und die Verhornung des Zellmantels nicht völlig erfolgt ist.

Zeidler spricht von der Möglichkeit einer Überempfindlichkeitskrankheit.

Ein Verfechter der parasitären Theorie ist Aaser (Oslo, 1935), der bei 5 Psoriasiskranken denselben Kokkobazillus, der große Ähnlichkeit mit dem Bang-Bazillus aufweist, im Blute fand. Er schloß daraus, daß dieser Bazillus mit der Ursache der Psoriasis in Zusammenhang stehe.

Benedek kommt auf Grund bakterieller und histologischer Untersuchungen zu dem Ergebnis, daß die Psoriasis eine Hautkrankheit „endoparasitären, hämatogenen Ursprungs" sei, bedingt durch seinen Schizosaccharomyces hominis, im Gegensatz zu den anderen Autoren, die die ektoparasitäre Entstehung vertreten.

Desaux (1935) glaubt durch seine Erfolge mit Glycerin-Schuppenextrakt bei an Psoriasis Erkrankten ein „Ultravirus" als Krankheitsursache annehmen zu dürfen, während Jausion (1935), nach dessen Auffassung die Schuppenflechte eine parakeratotische Reaktion des Integumentes auf bakterielle und parasitäre Reize bezw. deren lösliche Produkte hin ist, eine mykotisch-allergische Ursache annimmt.

Grüneberg vertritt den Standpunkt, daß am Zustandekommen der psoriatischen Effloreszenzen eine Unterfunktion der Nebennierenrinde ursächlich von Bedeutung sei. Als Beweis führt er therapeutische Erfolge nach Injektion von Cortidyn, einem Rindenextrakt, an, von dem wir keinen Erfolg gesehen haben.

Paskov sucht die Ursache der Psoriasis — er fand bei 32% der von Psoriasis befallenen Frauen in der Charkower Klinik eine Störung der Ovarien — in endokrinen Störungen annehmen zu können, ebenso Iluys, Brüssel, der beobachtete, daß eine Störung des Säure-Basen-Gleichgewichtes eine starke Eruption der Schuppenflechte hervorrief.

Grütz und Bürger, die in den letzten Jahren sich eingehend mit der Erforschung der Psoriasis-Ätiologie befaßten, nehmen an, daß die durch Überschußbildung aus dem Blut in das Kapillarsystem abgegebenen und in die Epidermis einströmenden Fettstoffe Anlaß zu psoriatischen Erscheinungen sind, die als entzündliche Reaktion auf die Lipoidstoffzufuhr aufzufassen wären. Durch die großen Erfolge, die Grütz bei ausschließlich mit fettarmer Diät behandelten Psoriatikern aufzuweisen hat, wird diese Theorie von der Entstehung der Psoriasis durch eine Fettstoffwechselstörung stark in den Vordergrund gerückt. In den neuesten Forschungsergebnissen berichtet der

Autor an Hand von Stoffwechselanalysen von einer Erhöhung des Gesamtfettgehaltes des Blutes, ebenso von einem weit über der Norm liegenden Gesamt-Cholesterinwert bei Psoriatikern. Unterstützt wird er in dieser Auffassung von Layus, der bei an Schuppenflechte Erkrankten eine vermehrte Oxalsäureausscheidung fand.

Hoffmann's Auffassung, der in der Psoriasis eine dermotrope Stoffwechselerkrankung, eine Exkretionsdermatose, sieht, bei der sich der Körper gewisser Stoffwechselprodukte durch die Haut zu entledigen sucht, ist damit gerechtfertigt.

Auch Rohrbach führt in seinem 1935 erschienenen Buch „Die Hautkrankheiten" im Kapitel: „Durch Stoffwechselstörungen bedingte Hautkrankheiten" unter 1. die Psoriasis an.

Bewiesene Tatsache in der Psoriasis-Ätiologie ist heute die Heredität und der Reiz als auslösendes Moment.

Preise, Merkuse, v. Zumbusch, haben die Vererbbarkeit aus verschiedenen Stammbäumen einwandfrei nachgewiesen.

Noch weit mehr umstritten als die Ätiologie ist die Frage des Vorkommens einer Psoriasis der Schleimhaut.

„Auf der Schleimhaut der Mundhöhle habe ich ebensowenig wie Hebra jemals eine der Psoriasis parallele Erkrankung gesehen; wohl aber bei einzelnen Psoriatischen graue Plaques, die jedoch von Syphilis herstammten oder Leukoplakia buccalis non syphilitica (Schwimmer) entsprachen." (Kaposi.)

Diesen ablehnenden Standpunkt nehmen bis jetzt noch die meisten Lehr- und Handbücher ein (Lesser, Riecke, Audry, v. Zumbusch, Darier, Leredde).

Scholtz sagt in seinem Buch „Diagnose der Haut- und Geschlechtskrankheiten" im Kapitel Psoriasis: „Eine Erkrankung der Schleimhäute, wie sie von manchen Autoren behauptet wird, kommt wohl nicht vor".

Nägeli, Bern: „Unzweifelhaft haben wir in der Bezeichnung „Psoriasis buccalis" der älteren Dermatologen zumeist eine Verwechslung mit Leukoplakia, dann und wann vielleicht auch mit Lichen ruber zu erblicken. Ich habe nie eine Psoriasis der Mundschleimhaut gesehen. Wichtiger aber ist für meine Stellungnahme zu dieser Frage die Tatsache, daß auch Autoren mit viel größerer Erfahrung, wie Jadassohn, Darier und andere über keine persönliche Beobachtung von Psoriasis der Mundschleimhaut verfügen. Recht ungleich und zum Teil widersprechend lauten die Beschreibungen derjenigen, die eine Beteiligung der Mundschleimhaut oder der Conjunktiva gesehen haben wollen. Wir hören von großblättrigen, abschilfernden Lippenschleimhautherden — die schon durch ihre

Lokalisation anfechtbar sind — Proliferationen an Zunge, Wangenschleimhaut oder Gaumenbögen, zarten bläulichweißen Streifen, Netzwerken und Flecken an der Wangenschleimhaut, scharfbegrenzten grauen Erhebungen an den Stimmbändern: also ziemlich abweichende Darstellungen! Anatomisch verifiziert sind anscheinend nur wenige Fälle."

Riecke schreibt: „Die Schleimhaut bleibt von psoriatischen Effloreszenzen frei. Einige wenige Befunde, welche auf ein Übergreifen der Psoriasis auf die Schleimhaut hindeuten und einige Beobachtungen von disseminierten Effloreszenzen an der Schleimhaut des Mundes, welche als zur Schuppenflechte gehörig ausgesprochen werden, vermögen an der Regel von dem Intaktbleiben der Schleimhäute nichts zu ändern."

Die Tatsache, daß Leukoplakie, Lichen ruber planus oder Erkrankungen, die mit ähnlichen Erscheinungen der Mundschleimhaut einhergehen, oft ein mit der Psoriasis der Schleimhaut zu verwechselndes klinisches Bild ergeben, gestaltet die richtige Erkennung äußerst schwierig. Die Verwechslungsmöglichkeiten, vor allem aber die Seltenheit der Erscheinung, sowie die großen Schwankungen, denen das histologische Bild der Psoriasis unterliegt, sind es, deretwegen heute noch von vielen Autoren das Vorkommen einer Mundschleimhautpsoriasis verneint wird.

Oppenheim veröffentlichte erstmals 1903 eine Abhandlung, in der er erklärte, eine Psoriasis der Mundschleimhaut liege nur dann vor, wenn 1. die Läsion der Mundschleimhaut von der Hautaffektion getrennt sei, sich also nicht an einer Übergangsstelle wie dem Lippenrot befinde, 2. wenn das histologische Bild dem der Hauteffloreszenz entspreche.

Nach Kren muß demgegenüber eine Veränderung der Mundschleimhaut bei gleichzeitiger Hautpsoriasis, um als psoriatisch angesprochen werden zu können, folgende Anforderungen erfüllen: 1. Gleichzeitiges Auftreten mit den Hauterscheinungen, 2. morphologische Übereinstimmung der buccalen Blüten mit den Hauteffloreszenzen, 3. makro- und mikroskopische Ähnlichkeit, 4. Lokalisation in der Saumgegend.

Die genaue Kenntnis des histologischen Bildes der Haut und Schleimhaut, sowie der patho-histologischen Bilder der Psoriasis und der oft leicht mit ihr zu verwechselnden ähnlichen Krankheitsbilder, der Leukoplakie und des Lichen ruber planus, ist für eine richtige Erkennung derselben erste Voraussetzung.

Das geschichtete Plattenepithel der Mundhöhle unterliegt im Gegensatz zu dem der äuße-

ren Haut nicht der Verhornung. Es fehlen ihm daher auch die Schichten der verhornten Epidermis, die dort als Stratum granulosum und lucidum (Keratohyalin- und Eleidinschicht) unterschieden sind. Papillen ragen besonders am Zahnfleisch und Lippenrot tief in das Epithel hinein. Die Lippen bestehen an ihrer Vorderfläche aus einem Überzug von äußerer Haut mit allen Eigenschaften derselben. Die Epidermis geht in der Gegend der hohen Papillen am Lippenrot unter Verlust des Stratum granulosum allmählich in das hohe geschichtete Plattenepithel der Mundhöhle über, das als Stratum germinativum (tiefe Keimschicht) sich in dessen tiefere Lagen fortsetzt, die Hornschicht dagegen in die oberflächlichen Zelllagen. Die Wangen sind den Lippen sehr ähnlich gebaut, nur zeigen sie mehr elastisches Gewebe als diese.

Im mikroskopischen Bild von Psoriasisherden kehren drei charakteristische Phänomene immer wieder: 1. Die Akanthose, 2. das teilweise Fehlen der Körnerschicht, 3. die Parakeratose. Der primäre Sitz der Erkrankung liegt in der Oberhaut. Im Stratum corneum finden wir schmale, wellenförmige, perlmutterartige Hornlamellen, zwischen denen sich teilweise Leukozyten anhäufen. Die Hornlamellen enthalten noch Kerne in verschiedenem Erhaltungszustand, teils abgeflacht, langgestreckt und pyknotisch. Wir haben das Bild der Parakeratose vor uns. Im Bereich derselben fehlt ein regelmäßig ausgebildetes Stratum lucidum und eine lückenlose Körnerschicht. Das Stratum granulosum fehlt bald ganz oder ist nur angedeutet.

Während sich die pathologischen Vorgänge in der papillären Schicht der Rete abspielen, haben die dyskeratotischen Vorgänge in den obersten Epidermisschichten ihre Ursache in den Alterationen des Stratum germinativum. Im Vordergrund steht hier die Akanthose, eine Zellwucherung im Bereich der Retezapfen. Volumenzunahme der interpapillären Bezirke führt zu einer erheblichen Verschmälerung der Papillen. Auf diese Weise findet das punktförmige Bluten beim Kratzen seine Erklärung. Die Gefäße des papillären und subpapillären Gewebes sind erweitert. In ihrer Umgebung finden wir Rundzelleninfiltrate vor.

Histologisch findet man in der Schleimhaut das gleiche Bild wie in den Hautpapeln. Zahlreiche Kerne in den obersten abgeflachten Epithellagen, Fehlen der Körnerschicht, die Zapfen sind akanthotisch, verschmälert und verlängert. Leukozyteninfiltrate, vorwiegend um die erweiterten Kapillaren. Außerdem findet man Ödembildung, nicht nur im Bindegewebe von

Cutis und Papillen, sondern auch im Epithel, inter-, wie intrazellulär. Verstärkte seröse Exsudation kann zur Bildung der sogenannten „miliaren Abszesse" führen. Von allen Autoren ist als Hauptmerkmal das Nichtvorhandensein einer Eleidin- und Keratohyalinschicht besonders betont worden.

Nach Zinsser gibt schon das klinische Bild der Leukoplakie — die Derbheit, die sichtbar starke Verhornung — noch besser natürlich das histologische — Fehlen der Kerne im Plattenepithel, Hyperkeratose — leichte Erkennungs- und Abgrenzungsmöglichkeit.

Dittert hält die Unterscheidungsmöglichkeit wegen der Ähnlichkeit der klinischen Bilder für äußerst schwierig, er kommt außerdem auf Grund seiner Erfahrungen zu dem Ergebnis, daß Beziehungen zwischen Leukoplakie und Psoriasis bestehen müssen.

Das histologische Bild des Lichen ruber schildert Friboes folgendermaßen: Hyper-, keine Parakeratose, plasmazellfreies Infiltrat in den Papillen und im subpapillären Gewebe, Verbreiterung der Keratohyalinschicht.

Als Hauptunterscheidungsmerkmale sind also herauszustellen: Bei der Leukoplakie: kernloses Plattenepithel, Hyperkeratose. Bei der Psoriasis: Parakeratose, Fehlen der Körnerschicht, Akanthose. Beim Lichen ruber: Hyperkeratose, verbreiterte Keratohyalinschicht.

Für die Annahme eines Vorhandenseins der Psoriasis müssen zweifellos die Fälle als am besten verwertbar angesehen werden, in denen der Krankheitsprozeß von der äußeren Haut auf die Lippenschleimhaut — letztere stellt an den Stellen, an denen sie nicht durch Lippenschluß verdeckt ist, eine Zwischenstufe zwischen äußerer Haut und Mundschleimhaut dar — übergreift.

Pospelow (1882) berichtet als erster über einen derartigen Fall bei einer 25jährigen Patientin, die an einer Hautpsoriasis erkrankt war. „Der Ausschlag griff auf das Lippenrot über, auch die Mundschleimhaut zeigte Effloreszenzen. Das Lippenrot der Unterlippen war hyperämisch und bedeckte sich ebenfalls mit grauweißen Schuppen. Vom Rande an der Lippe ging dieser Ausschlag nach innen und auch auf die Schleimhaut über und zwar in Form weißlicher, gequollener, scharf umgrenzter kleiner Platten. Am linken Mundwinkel befand sich eine größere Schuppenplatte, die zum großen Teil auf der Schleimhaut saß."

Bedauerlich ist, daß bei dem von Kunitzky (1897) beschriebenen Fall — er diagnostiziert mit Sicherheit auf Psoriasis der Mundschleimhaut — kein histologisches Beweismaterial vorliegt. Auf der

Unterlippe des Patienten waren zehnpfennig- bis markstückgroße Effloreszenzen zu sehen. Die kleinere Blüte griff zu einem Drittel auf das Lippenrot über, während bei der größeren der Mittelpunkt auf dem Lippenrot selbst lag, die Haut der Unterlippe nur gering beteiligt war. Ein noch kleinerer Teil wurde beim Lippenschluß durch die Oberlippe bedeckt, saß also nicht mehr auf der Übergangsschleimhaut, sondern bereits auf der echten Schleimhaut. Während auf der Haut der Unterlippe die bekannten silberglänzenden Schuppenlamellen zu sehen waren, bemerkte man auf dem Lippenrot eine rauhe, schilfernde, nicht glänzende Oberfläche, ähnlich dem Aussehen spröder Lippen. Die von der Oberlippe bedeckte Schleimhautstelle zeigte „graue Verfärbung wie bei Plaques opalines".

Thimm stellte 1904 bei einem schon lange an Psoriasis vulgaris erkrankten Patienten diesem Krankheitsbild ähnliche Erscheinungen an der Lippenschleimhaut fest. Auf der Unterlippe war ein talergroßer Fleck zu sehen, dessen eine Hälfte auf der äußeren Haut lag, während die andere sich kontinuierlich auf das Lippenrot und teilweise auch noch auf die eigentliche Mundschleimhaut fortsetzte. Die Ränder waren leicht erhaben. Am Lippensaumrand trat beiderseits des Fleckes eine stärkere papulöse Erhebung von glänzender lackähnlicher Oberfläche hervor. Thimm sprach diese Veränderung als eine Manifestation der Psoriasis an. An der Oberlippe fanden sich ähnliche Effloreszenzen vor, die in beide Nasenlöcher übergingen und Schuppenbildung zeigten. Gleichartige Herde traten außerdem noch an der Schleimhaut der rechten Wange, über und hinter den Mundwinkeln auf. „Da diese Effloreszenzen beidemale gleichzeitig mit der allgemeinen Eruption der Schuppenflechte aufgetreten waren, da ferner der zuerst bemerkte Herd zugleich mit den äußeren Manifestationen sich zurückgebildet hatte, da endlich auf der Unterlippe eine Psoriasis-Plaque auf das Lippenrot und die Mundschleimhaut, des gleichen Psoriasisherdes von der Oberlippe auf die Nasenschleimhaut sich kontinuierlich fortsetzten, so stellte ich trotz meines bisherigen Anderswissens und trotz der abweichenden Ansicht der meisten Lehrbücher die Diagnose auf echte Psoriasis vulgaris der Schleimhaut."

Schöne teilt einen Fall mit, bei dem sich an den Lippen leicht abschilfernde und silberglänzende Schuppen befanden, die an der Oberlippe auf das Lippenrot beschränkt, an der Unterlippe sich auch auf die Haut erstreckten. Beim Ablösen der Schuppen entstand die charakteristische punktförmige Blutung.

Einen histologischen Psoriasisnachweis veröffentlicht 1927 Hudelo: Lippen- und Wangenschleimhaut zeigten weißlichgraue,

verfärbte Effloreszenzen von derber Konsistenz. Die histologische Untersuchung ergab eine Wucherung der Epidermis und des Papillarkörpers, Gefäßerweiterung, Verschmälerung und Verlängerung der Papillen, Zellinfiltration des Bindegewebes. Die weißen Herde bestanden aus geschichteten Lagen von Deckzellen mit hellem Protoplasma, die Kerne waren erhalten.

Blumenthal stellte 1932 in der Dermatologischen Gesellschaft Berlin einen 30jährigen jungen Kaufmann vor, bei dem sich vor 12 Jahren erstmalig das Auftreten einer Hautpsoriasis bemerkbar gemacht hatte. 5 Jahre nach Beginn der Erkrankung wurde auch die Mundpartie und der behaarte Kopf affiziert. Um die Lippen herum zeigten sich scharf abgesetzte, leicht schuppende Herde. Das Lippenrot war in toto befallen, war leicht infiltriert, rissig und neigte zu Blutungen. Die histologische Untersuchung ergab: Geschichtete, vorwiegend parakeratotische Schuppen, Fehlen der Körnerschicht, soweit die Schuppen parakeratotisch sind, Akanthose, Zellansammlung im Bereich der Papillarkörper, perivaskuläres Infiltrat im Stratum subpapillare. Diagnose: Psoriasis der Schleimhaut.

Friedmann berichtet von einem 31jährigen Patienten (psoriatisch erkrankt: Mutter, 4 Brüder, Tochter eines Bruders!), bei dem im Zusammenhang mit einer Hautpsoriasis die Epidermis des Lippenrotes verdickt war, lamellöse Abschilferung weißliche Verfärbung aufwies.

Bezecny referiert 1930 auf der Tagung der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft in der Tschechei über einen Fall von Psoriasis des Lippenrots: Psoriatische Plaques in beiden Mundwinkeln, die auf das Lippenrot übergreifen.

Samek weist dabei auf die günstige Therapie gerade dieser Fälle (Lokalisation an Übergangsstellen) durch Grenzstrahlen hin.

Feit (1934) berichtet von einer Psoriasis der Haut-Schleimhautgrenze: Bei einem 17jährigen Patienten greifen die Psoriasiseffloreszenzen plötzlich auch auf die Lippen über. Die Lippenschleimhaut erscheint trocken, zeigt glimmerähnliche Schuppung, ähnlich der der Haut. Die lamellenförmige Abblätterung und punktförmige Blutung vervollständigt das Bild der Psoriasis.

Schaeffer, der im allgemeinen die Möglichkeit einer Psoriasis der Mundschleimhaut ablehnen zu müssen glaubt, gibt zu, daß die Fälle, bei denen der Krankheitsherd direkt von der Lippe auf die Schleimhaut übergreift, nicht anders als mit einer Schleimhautpsoriasis erklärt werden können.

Hermann, Frankfurt, sagt: „Die Diagnose ist bei einem Übergang charakteristischer psoriatischer Plaques von der Haut auf das

Lippenrot klar, bei isolierten Prozessen in der Mundhöhle jedoch außerordentlich schwierig, selbst wenn gleichzeitig eine typische Hautpsoriasis vorliegt".

Eine von den Hauteffloreszenzen getrennte Affektion der Mundschleimhaut hat erstmalig Oppenheim — erhärtet durch histologischen Befund — als echte Schleimhautpsoriasis diagnostiziert und veröffentlicht. Bei einem Patienten, der schon über 30 Jahre an Hautpsoriasis litt, findet er an der linken Wangenschleimhaut zwei scharf begrenzte, ovale, bläulich-weiße Stellen, die über das Niveau der übrigen Schleimhaut hervorragen. Beide Plaques sind scharf von der normalen Lippenschleimhaut abgesetzt. Am linken Gaumenbogen und an der Papille zwischen 2. und 3. linken oberen Molaren sind zwei elevierte und scharf begrenzte Hauteffloreszenzen, in ihrer Farbe von einander verschieden, zu sehen. Der untere kreisrunde Herd ist von grauweißer Farbe, zeigt ein feingestichteltes Aussehen und ist etwas erhaben. Die Schleimhaut in der Umgebung ist normal, von blaßroter Farbe, es besteht keine Infiltration oder Ödembildung. Der zweite ovale Herd ist von gelblich-weißer Farbe und glatter Oberfläche. Die Lokalisation, das Fehlen einer Eleidinschicht und die mangelnde Sklerosierung schließen eine Verwechslung mit Leukoplakia oris aus. Die mikroskopische Untersuchung ergibt folgendes Resultat: Das Stratum mucosum ist nur in den interpapillären, nicht auch in den suprapapillären Schichten, deren Zellen nach oben zu immer flacher werden, verbreitert. Die dadurch entstehenden zahlreichen Zellagen aus kernhaltigen Epithelzellen sind der Schuppenauflagerung bei Psoriasis der Haut ähnlich. Die Papillen sind verlängert, die Gefäße derselben erweitert. Eine Eleidinschicht ist nicht vorhanden. Vorhandene Zellinfiltration, besonders unter der Basalschicht des Epithels, ergibt zusammen mit den übrigen festgestellten Erscheinungen das Bild der Parakeratosis.

Jordan beobachtete bei einer Patientin, die an Rumpf und Extremitäten Psoriasis guttata und annularis et diffusa aufwies, an der Schleimhaut der Wangen in der Kauebene streifenförmige, weiße Verfärbungen; im rechten Streifen fand sich außerdem ein linsengroßer, nicht abkratzbarer Belag. Für eine Diagnosestellung Psoriasis der Schleimhaut sprach vor allem der histologische Befund: Verbreitertes Stratum mucosum mit schleimiger Degeneration der Zellen bei Erhaltenbleiben der Kerne. Die Papillen waren verschmälert und verlängert. Das Corium zeigte in der oberflächlichen Schicht teilweise Rundzelleninfiltration in der Umgebung der Gefäße. Eine Untersuchung einer Effloreszenz der Haut der Brust ergab das gleiche histologische Bild. Die Streifen verschwanden nach

Jodkalibehandlung mit den Plaques der Haut, traten bei einem späteren Recidiv zugleich mit diesen erneut wieder auf.

Schreiner, Graz, beschreibt 1931 in der Dermatologischen Wochenschrift einen Teil einer „atypischen Psoriasis mit Beteiligung der Mundschleimhaut". Die 26jährige Patientin (Mutter und 2 Geschwister ebenfalls psoriatisch erkrankt) zeigt ausschließlich atypische Psoriasis an Handtellern und Fußsohlen. Daneben finden sich am harten Gaumen radiär gestellte grauweiße Herde, die scharf abgegrenzt sind und Epithelabschilferung zeigen. Da weder Syphilis noch sonst welche irridativen Momente vorliegen, ist die Diagnose Leukoplakie auszuschließen. Mikroskopisches Bild: Parakeratose, Akanthose, intrazelluläres Ödem, Fehlen der Eleidinkörnerschicht. Auf der Epithelschicht lagern noch abgehobene Epidermisschuppen. Im Corium sieht man perivaskuläre Infiltration und Gabelung der Papillen. Die Erscheinungen kamen und verschwanden gleichzeitig mit denen der Haut. „Es handelt sich um Psoriasis der Mundschleimhaut."

Becker und Ritchie schildern im Arch. of Derm. and Syphil. 1930 zwei Fälle von Psoriasis der Schleimhaut: Ein 18jähriger Patient, der seit 2 Jahren Psoriasis an Rücken und Knien aufweist, zeigt Affektionen an der Mundschleimhaut, beiderseits dicht hinter den Mundwinkeln verdickte blauweiße Flecke. Die mikroskopische Untersuchung ergibt Akanthose und Parakeratose.

Eine 22jährige Patientin, seit 5 Jahren an Psoriasis erkrankt, weist schon seit ihrer Kindheit Veränderungen an der Wangenschleimhaut auf (Nichtraucherin, gut erhaltene Zähne, WaR, Urin o. B., keine Pilze). Das Epithel der Wangenschleimhaut in den Mundwinkeln zeigt Verdickung und Schuppung. Histologisches Bild: Intrazelluläres Ödem, Parakeratose, geringe Infiltration der Mucosa, Epithel nicht so dick wie bei einer Leukoplakie. Abschilferung des Epithels in dünnen Lamellen. Schneller Wechsel der Erscheinungen. Die Affektion hat ihren Sitz in der „Hautregion" — Linie Mundwinkel—Weisheitszahn — der Wangenschleimhaut.

Usher (Montreal) fand unter 100 Fällen psoriatisch Erkrankter 3 mit Mundveränderungen.

Ein 24jähriger Patient bekommt seit 3 Jahren im Sommer Psoriasis-Recidive. Jedesmal war gleichzeitig die Zunge pelzig und rot, zeigte grauweißliche, scharf begrenzte Papeln mit leicht abkratzbarem Epithel, darunter erschienen rote, geschwollene Papillen. Histologisches Bild: Keine leukoplakischen Veränderungen, aber kleine vereinzelte Bläschen mit Leukozyten.

Ein 13jähriges Mädchen, mit Psoriasis-Recidiven im Winter, zeigt an der Wangenschleimhaut ein großes Netzwerk von grau-

weißen Streifen. Das Epithel ist nicht abkratzbar. Histologisches Bild: Parakeratose, Akanthose. Beide Fälle werden als Schleimhautpsoriasis angesprochen, der dritte Fall schied als Leukoplakie aus.

Paskov fand bei 230 stationären an Psoriasis Erkrankten am Venerologischen Institut Charkow in 2,6% der Fälle eine Läsion der Schleimhaut.

Größte Bedeutung kommt einem von Kren, der neben vielen anderen Autoren dem Vorkommen einer Schleimhautpsoriasis bisher sehr mißtrauisch gegenübergestanden war, beschriebenen Fall und seiner Stellungnahme zu dem gefundenen Resultat zu. Es handelte sich um eine Psoriasis seborrhoica der Haut bei einem 12jährigen Knaben, bei dem erst an der linken, dann auch an der rechten Wangensaumgegend Epithelverdickungen von weißlicher Farbe auftraten. „Die Schleimhautaffektion erfüllt alle Forderungen, die man in Bezug auf die klinische Diagnose erheben kann. Sie ist mit der Hauteruption zeitlich zusammengefallen, sie hat die Schwankungen des Hautbildes contemporär mitgemacht, sie ist gleichzeitig mit den Hautherden abgeheilt. Die Symptome des Haut- und Schleimhautbildes waren die gleichen. Die Lokalisation war die Saumgegend. Damit scheint die Möglichkeit der Mitbeteiligung der Mundschleimhaut, bei der seborrhoischen Psoriasis wenigstens, sichergestellt."

Zinsser schreibt: „Die Tatsache, daß psoriasisähnliche, histologisch mit der Psoriasis weitgehend übereinstimmende Affekte der Mundschleimhaut bei Psoriatikern vorkommen, daß sie gleichzeitig mit der Psoriasis der äußeren Haut auftreten und schwinden können, daß typische Effloreszenzen von der äußeren Umgebung des Mundes unmittelbar auf das Lippenrot und die Mundschleimhaut übergreifen können, bringt die früher allgemein vertretene Ansicht, daß es eine Psoriasis der Mundschleimhaut nicht gibt, ins Wanken. Auffallend bleibt es, daß bei der enormen Häufigkeit der Psoriasis derartige Beobachtungen nur ganz sporadisch vorkommen und daß die wenigen beschriebenen Fälle einander so wenig gleichen."

Es liegt natürlich nahe, zu behaupten, manche von den Autoren als Charakteristikum einer Mundschleimhaut-Psoriasis angegebenen Veränderungen, wie z. B. das Fehlen der Körnerschicht, seien kein stichhaltiger Beweis für eine solche, da ja auch die normale Schleimhaut kein Stratum granulosum besitze. Dies könne höchstens die Diagnose Leukoplakie ausschließen. Oder: Die Papillen zeigen auch in der normalen Schleimhaut oft große Unterschiede, teils sind sie kurz und breit, teils lang und schmal. Es bestehe daher die Möglichkeit einer pathologischen Deutung in Fällen, wo normale Verhältnisse vorlägen. Durchaus verständlich ist es auch, daß diejenigen

Autoren, die unter zahllosen untersuchten Krankheitsbildern der Psoriasis nie einer verdächtigen Mundschleimhaut begegnet sind, besonders auch auf Grund der so oft voneinander abweichenden, in der Literatur beschriebenen histologischen psoriatischen Mundschleimhautbefunde geneigt sind, an ihrem Vorkommen zu zweifeln. Das seltene Auftreten eines Krankheitsbildes oder das Nichtgesehenhaben dürfte aber doch wohl kein hinreichender Grund dafür sein, die Möglichkeit des Vorkommens einer Psoriasis der Schleimhaut deswegen ohne weiteres abzulehnen.

Die Unterschiede im histologischen Bild lassen sich vielleicht dadurch erklären, daß bei der Schuppenflechte der äußeren Haut es durch die starke Epithelproliferation und durch die Austrocknung zu einer wesentlich stärkeren Schuppenbildung kommt, während eine solche im Mund durch die fehlende Austrocknungsmöglichkeit und durch mechanische Einflüsse, wie Kauen, Sprechen, sehr erschwert, vielleicht sogar unmöglich gemacht werden kann. Jordan sucht den Grund für die nur geringe Vergrößerung der Hornschicht bei Psoriasis der Mundschleimhaut in der dauernden Absonderung von Speichel, durch welchen die gerade entstandenen Schuppen sofort weggespült würden.

Es ist für die Klärung der Frage einer Psoriasis der Mundschleimhaut von nicht unwesentlicher Bedeutung, daß auch an anderen Schleimhäuten psoriatische Affektionen festgestellt wurden. So berichten Paludetti und Rugani von scharf begrenzten grauweißlichen Erhabenheiten an den Stimmbändern eines Psoriatikers. Das stets gleichzeitige Auftreten dieser Erscheinungen mit einem neuen Ausbruch der Hautpsoriasis ließ ihn die Diagnose Psoriasis stellen.

Ullmann beobachtete bei einer seit 10 Jahren an Psoriasis leidenden Frau ein Übergreifen auf das Orificium urethrae, das mit feinen glänzenden Schuppen bedeckt war.

Wirz, der einen sich durch besonders schöne, silberglänzende Schuppen auszeichnenden Psoriasisfall an der Unter- und Oberlippenschleimhaut sah, fand bei derselben Patientin die ganze Genitalschleimhaut bis zum Anus hin mit Psoriasisplaques bedeckt.

Sack, Pergens und Kogan berichten über Affektionen der Conjunktiva, die sich eindeutig als Psoriasiseffloreszenzen erwiesen haben.

Zusammenfassend ist zu bemerken: Auf Grund der in den meisten Punkten übereinstimmenden Berichte über die klinischen Erscheinungsformen, vor allem aber der histologischen Untersuchungsergebnisse kann heute wohl kaum mehr bezweifelt werden, daß auch die Mundschleimhaut, sei es durch Übergreifen

von der äußeren Haut, sei es durch isoliertes Auftreten, von der Psoriasis befallen werden kann. Wenn die Ursache der Psoriasis der Haut in einer Stoffwechselstörung zu suchen ist — die Forschungsergebnisse der jüngsten Zeit geben berechtigten Anlaß, dies annehmen zu dürfen — warum sollen dann Erscheinungen, wie sie dadurch auf der Haut ausgelöst werden, nicht auch auf der Schleimhaut der Mundhöhle in ähnlicher Form auftreten können? Wenn es eine Psoriasis der Conjunktiva und der Genitalschleimhaut gibt, warum soll die Mundschleimhaut davon freibleiben?

Die Tatsache außerdem, daß anerkannte Forscher, die bisher dem Vorkommen einer Schleimhautpsoriasis skeptisch gegenüberstanden, die Möglichkeit einer solchen heute, wenn auch manche nur bedingt, zugeben, trägt in erheblichem Maße dazu bei, die Frage „Gibt es eine Psoriasis der Mundschleimhaut?" in bejahendem Sinne zu beantworten.

Es ist mir eine angenehme Pflicht, an dieser Stelle Herrn Privatdozenten Dr. Vonkennel für die freundliche Überlassung des Themas und für die mannigfachen Anregungen meinen herzlichsten Dank zu sagen.

Literaturverzeichnis.

Aaser	Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskranheiten 1935, Seite 546.
Arzt und Zieler	Handbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten.
Becker und Ritchie	Arch. of Derm. and Syphil. S. 745—47.
Berberich	Lehrbuch der Mund- und Rachenkrankheiten.
Bezecny	Zbl. f. H. und G. Bd. 37, S. 407.
Blumenthal	Zbl. f. H. und G. Bd. 35, S. 191.
Caykovac	Derm. Wschr. 1930, S. 1429.
Dessaux	Zbl. f. H. und G. 1936, Seite 392 und 394.
Dittert	Zbl. f. H. und G. 1935, S. 674.
Feit	Zbl. f. H. und G. Bd. 50, S. 214.
Friboes	Grundriß der Histopathologie der Hautkrankheiten.
Grüneberg	Zbl. f. H. und G. 1936, S. 90.
Grütz	Zbl. f. H. und G. 1936, S. 248.
Jadassohn	Handbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten.
Jausion	Zbl. f. H. und G. 1936, S. 394.
Kren	Zbl. f. H. und G. Bd. 44, S. 419.
Kunitzky	Arch. of Derm. XXXIII S. 405.
Layus	Med. Wschr. 1935 S. 1899—1902.
Misch	Grenzgebiete der Zahnheilkunde.
Paskov	Zbl. f. H. und G. S. 387, 1934.
Riecke	Handbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten.
Rohrbach	Die Hautkrankheiten.
Schaeffer	Arch. of Derm. LXXXV, S. 431.
Scholtz	Diagnose der H. und G. S. 132.
Schreiner	Derm. Wschr. 1931, S. 237.
Trautmann	Die Krankheiten der Mundhöhle.
Ullmann	Zbl. f. H. und G. Bd. 21 S. 51.
Usher	Zbl. f. H. und G. 1934, S. 229.
Zeidler	Med. Wschr. 1931, S. 877—79.
v. Zumbusch	Die Haut- und Geschlechtskrankheiten.

Lebenslauf.

Am 18. Oktober 1906 wurde ich in Tiefenstockheim Ufr. als Sohn des Oberlehrers Gottfried Beck geboren. 1925 bestand ich am Alten Gymnasium in Würzburg die Reifeprüfung. Von 1926—33 diente ich im Reichsheere, aus dem ich im Herbst 1933 als Oberleutnant ausschied. Im Wintersemester begann ich in München das Studium der Zahnheilkunde, im Sommersemester 1934 legte ich die zahnärztliche Vorprüfung ab. Anfang des Sommersemesters 1936 bestand ich die zahnärztliche Hauptprüfung.